

Il moral distress nell'assistenza infermieristica

Moral distress in nursing care

Adriana Negrisol¹

Luca Brugnaro²

RIASSUNTO

Nella pratica infermieristica, prendere decisioni ed intraprendere azioni nei confronti dei pazienti è considerata espressione del proprio ruolo professionale.

Il problema può sorgere nel momento in cui gli infermieri, in base alle proprie convinzioni morali, vorrebbero intraprendere azioni che risultano essere in contrasto con le consuetudini e/o l'organizzazione o le politiche istituzionali del struttura sanitaria in cui prestano servizio. Questo non può che creare inevitabilmente una sofferenza morale negli infermieri, che si sentono impotenti ad agire come vorrebbero e dovrebbero.

Anche se un certo grado di moral distress è connesso alla professione infermieristica e in una certa misura inevitabile, quando il suo livello è troppo elevato oppure prolungato nel tempo, può diventare insopportabile ed essere un segno predittivo di un malessere che se non governato può sfociare nel burn-out con tutte le conseguenze ad esso correlate.

Lo scopo dello studio è stato di comparare il livello di moral distress tra infermieri che operano in Unità Operative diverse; identificare le situazioni cliniche associate in modo significativo con il moral distress.

Lo studio di tipo trasversale-osservazionale, è stato realizzato nel novembre 2008 su un campione di 111 infermieri, per il quale è stata utilizzata una scala (MDS) formulata e validata in strutture sanitarie statunitensi da M.C. Corley e adattata al contesto italiano.

In accordo con precedenti studi statunitensi il livello di moral di stress percepito dagli infermieri nei tre contesti indagati sembra essere di livello moderato, esistono tuttavia associazioni significative tra alcune situazioni cliniche e grado di moral distress.

Parole chiave: Infermiere, Moral Distress, Moral Distress Scale, Organizzazione, Burn Out

ABSTRACT

In nursing practice, the ability to make decisions regarding patients and to act on them is considered to be an expression of the professional nursing role.

Problems may arise when a nurses would like to perform an action they believe morally correct but which are conflictual with the habits, organization or politics of the health structure in which they work. This inevitably produces moral distress in nurses who feel impotent to act as they feel they should.

Although a certain amount of moral distress is part and parcel of the nursing profession, when it is excessive or prolonged it may become unacceptable and culminate in burn-out and the relative consequences.

The aim of the study was to compare the level of moral stress in 111 Italian nurses working in different Operative Units to identify those clinical situations significantly associated with moral stress using the MDS scale.

Similarly to studies performed in the USA, the level of moral stress in the 3 different work contexts was moderate, although some clinical situations were related to significant stress levels.

Key words: Nurse, Moral Distress, Moral Distress Scale, Organization, Burn Out

INTRODUZIONE

La prima definizione di moral distress fu data da Jameton filosofo statunitense nel 1984, in un libro di etica infermieristica.

Jameton definì il moral distress come una sensazione dolorosa e/o squilibrio psicologico che si manifesta quando gli infermieri sono consci dell'azione morale più appropriata alla situazione, ma non possono svolgerla a causa di ostacoli istituzionali, quali la mancanza di tempo, mancanza di supporto direttivo, per l'esercizio del potere medico, per limiti dovuti a politiche istituzionali e limiti legali (Jameton 1984).

In base alle sensazioni provate egli distingue il moral distress o sofferenza morale dalla incertezza e dal dilemma morale.

Secondo questo autore, "l'incertezza morale", si riscontra infatti quando l'infermiere riconosce che i valori sono in conflitto, ma è incerto su quali siano i valori morali ed i principi etici implicati, o non possiede informazioni sufficienti sulla situazione del paziente (Hamrich, 2000, Schluter, et al., 2008).

Abbiamo invece un dilemma morale quando due o più principi etici, che richiedono azioni tra loro incompatibili, sembrano applicarsi alla stessa situazione, rendendo in tal modo difficile stabilire "cosa è giusto" e "cosa è sbagliato".

Gli infermieri che sperimentano moral distress vivono invece, una situazione nella quale compren-

1 Infermiera libera professionista Docente Scienze Infermieristiche
Università di Udine -email negrisoloadriana@libero.it

2 Infermiere e Dottore in Statistica Struttura Complessa Formazione e
Aggiornamento Azienda Ospedaliera e ULSS 16 Padova

dono quale sia il comportamento più giusto o adeguato, ma per svariati motivi non possono metterlo in pratica trovandosi in tal modo a dover agire in modo contrario ai propri valori personali.

Dalle pubblicazioni di Jameton in poi, diversi ricercatori hanno studiato il fenomeno attraverso analisi teoriche e studi empirici per misurare il suo impatto nell'assistenza sanitaria, nel rapporto infermiere-paziente e per identificare le strategie utilizzate dagli operatori per fronteggiare o resistere al moral distress. Una svolta alla riflessione in questo campo è stata portata da M. C. Corley che nel 1995 ideò la Moral Distress Scale (MDS), basata sulla definizione di Jameton. Nel 2001 revisionò la stessa scala iniziale distinguendo la frequenza e l'intensità degli eventi e delle situazioni più angoscianti per gli infermieri (Corley, et al. 2001).

Corley rilevò che il disagio conseguente al moral distress si ripercuote sulla attività degli infermieri, portandoli a volte ad una ricollocazione di ruolo all'interno dell'ospedale, oppure può accadere che gli infermieri siano molto insoddisfatti del proprio lavoro e addirittura lascino la professione (Corley, et al. 2001).

In un altro studio venne rilevato che le cause di moral distress spesso non vengono riconosciute nell'ambiente di lavoro da parte degli infermieri, né tanto meno da chi li coordina.

Ciò non permette al personale infermieristico di avere consapevolezza del rischio presente sul proprio equilibrio psicologico ed integrità morale e di mettere in atto strategie ed interventi adeguati per prevenire o impedire l'aggravamento del problema (Corley, 2002; Elpern, et al. 2005).

Altri autori in uno studio qualitativo effettuato su infermieri neo-assunti hanno rilevato che il moral distress è diventato una comune forma di conflitto etico per gli infermieri, e sta diventando uno dei maggiori problemi nella professione infermieristica (Kelly 1998). Esso provoca uno sforzo fisico e mentale molto significativo, che colpisce gli infermieri particolarmente sensibili e comporta la perdita d'integrità morale ed una insoddisfazione nella loro attività. La perdita dell'integrità morale riguarda i rapporti con i pazienti e i loro parenti e con gli altri professionisti sanitari e può influenzare la qualità, la quantità ed il costo delle cure infermieristiche.

Sono stati inoltre, condotti studi sulla relazione tra moral distress, advocacy e burnout, uno dei principali è quello condotto da Sundin-Huard & Fahy, nel 1999. In questo studio è stato dimostrato che il moral distress è correlato in modo significativo con l'advocacy che come è noto la prima è una caratteristica fondamentale per svolgere una professione di aiuto, ed il burnout che è uno dei rischi professionali in cui può incorrere chi esercita la professione di infermiere.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è quello di misurare il livello del moral distress e di correlarlo a fattori sia demografici che lavorativi. Nello specifico, gli obiettivi dello studio sono:

- Comparare il livello di moral distress tra infermieri che operano in diversi contesti operativi (terapia intensiva, oncologia e assistenza domiciliare integrata).
- Identificare le situazioni cliniche associate al moral distress.
- Valutare associazioni tra il moral distress percepito e gli ambiti operativi analizzati, le caratteristiche professionali (anzianità di servizio e titolo di studio) e demografiche dei rispondenti.

MATERIALI E METODI

Il progetto di ricerca è costituito da uno studio osservazionale – trasversale su un campione di convenienza composto da 132 infermieri provenienti dai seguenti ambiti operativi: terapia intensiva, oncologia e assistenza domiciliare rispettivamente dell'Azienda Ospedaliera Padova, dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e dell'ULSS 16 (Padova).

Per misurare il livello di moral distress è stato somministrato un questionario basato sulla scala ideata e validata da M. C. Corley (Corley 2001). Rispetto alla scala originale formata da 38 item, quella da noi utilizzata è stata adattata al nostro contesto, poiché alcune situazioni rappresentate nel questionario originale non trovano corrispondenza nel nostro contesto sanitario. La scala di questo studio perciò è composta di 25 item (scala Likert a 5 modalità) e completata con quesiti per rilevare aspetti demografici e professionali. La validità dello strumento è stata verificata calcolando l'alfa di Cronbach.

Lo studio è stato realizzato tra il primo ottobre e il trenta novembre 2008.

Il questionario è stato dagli autori suddiviso in tre aree corrispondenti ai seguenti ambiti:

1. Organizzazione;
2. Potere decisionale medico;
3. Responsabilità individuale;

Con l'espressione organizzazione si intende l'insieme di risorse umane e materiali, regole e procedure, che può influenzare l'attività del singolo infermiere. Si è ritenuto di aggregare sotto questa voce gli item 1, 2, 11, 16, 17, 23 e 24.

Con l'espressione potere decisionale medico si intendono quelle situazioni in cui l'azione infermieristica si realizza in base a direttive mediche (es prescrizioni del

farmaco), e quindi l'azione infermieristica risulta fortemente condizionata dai valori di questo professionista. Sotto questa espressione si sono aggregati gli item 3, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 15, 19 e 22.

Mentre con il termine responsabilità individuale si intendono quelle situazioni in cui il singolo infermiere esprime il proprio mandato professionale non condizionato da fattori esterni, ma agendo in base ai propri valori etici. Questa aggregazione comprende gli item 6, 7, 8, 12, 18, 20, 21 e 25.

Il livello (score) di moral distress (MDS) per ogni singola situazione analizzata nel questionario è stato computato come il prodotto tra il livello di intensità di moral distress (MDI, scala Likert a 5 modalità da 0=per nulla a 4=molto) e la corrispondente frequenza (MDF, scala Likert a 5 modalità da 0=mai a 4=sempre). Il range dei possibili valori di MDS per ogni situazione va da 0 a 16. Livelli significativi di moral distress sono quelli che riportano valori (MDS) maggiori di 7. (Rice 2008)

Il livello di moral distress inerenti le aree individuate (Organizzazione, Potere decisionale medico, Responsabilità individuale) per ogni rispondente, è stato computato come media dei MDS riportati.

Un punteggio di moral distress complessivo è stato calcolato per ogni rispondente, sommando i punteggi delle situazioni di moral di stress. Il range dei possibili valori di MDS dei rispondenti va da 0 a 400.

I dati inerenti il MDS vengono presentati abbinando agli usuali indicatori media e deviazione standard (campionaria), i seguenti tre indici di posizione: primo quartile, mediana e terzo quartile data la dubbia normalità della distribuzione di tali punteggi.

Per la verifica dell'affidabilità (reliability) dello strumento si è calcolata l'alpha di Cronbach individuando un valore di alpha di 0,6 come riferimento di un livello appena accettabile di coerenza interna e di adeguatezza.

Le relazioni tra il MDS e le caratteristiche demografiche e professionali dei rispondenti (età, sesso, anzianità di servizio, titolo di studio, ambito lavorativo) sono state realizzate utilizzando i seguenti test non parametrici: Wilcoxon-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Per analizzare le relazioni tra MDS dei rispondenti rispetto alle tre aree individuate (Organizzazione, Potere decisionale medico, Responsabilità individuale) si è utilizzato il test di Friedman.

Una probabilità (p-value) inferiore a 0,05 è stata considerata come livello di significatività dei test eseguiti. Per le analisi è stato utilizzato il software SPSS 15 (SPSS, Inc., Chicago, Ill.).

RISULTATI

I rispondenti sono stati 111 infermieri (84% del campione) di cui sono stati considerati utili per le analisi

(completamente compilati) 104 questionari (79% del campione).

Coerenza interna dello strumento

I valori delle alpha di Cronbach inerenti le aree individuate e il questionario nel suo complesso sono riportate in tabella 1, da tali risultati si evincono valori di coerenza interna delle aree individuate soddisfacenti e del questionario nel suo complesso ottima.

	Alpha di Cronbach	Nr. Degli item
Responsabilità individuale	0.8	8
Potere decisionale medico	0.8	10
Organizzazione	0.7	7
Questionario	0.9	25

Tab 1 Coerenza interna dello strumento utilizzato e delle aree individuate

Analisi descrittiva

Sono state ritenute maggiormente associate al moral di stress le situazioni con uno score superiore a 7. In base a tale criterio si è potuto riscontrare che le 5 situazioni che generano maggior moral distress sono:

1. Lavorare con un carico di lavoro che considero pericoloso per l'assistenza
2. Somministrare farmaci che non alleviano la sofferenza del paziente, perché il medico ha timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente
3. Assistere un medico che a mio parere è incompetente nel fornire le cure
4. Iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale, quando penso siano solo un prolungamento della morte
5. Eseguire in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari.

Tali risultati sono riportati in tabella 2 ed evidenziati con un carattere grassetto.

MDS, variabili anagrafiche e contesti lavorativi

L'analisi delle 5 situazioni che ad avviso del nostro campione di infermieri generano maggior moral distress in relazione alle variabili anagrafiche, professionali e contesti lavorativi sono riportati a titolo esemplificativo anche due distribuzioni del MDS in base alle variabili unità operative e fasce di età (rispettivamente figura 1 e 2).

Dai dati in nostro possesso risultano significative alcune relazioni tra le situazioni che generano maggior moral distress e l'età del personale, l'anzianità di servizio e soprattutto il contesto lavorativo (vedi ad esempio il dato esemplificato per l'item figura 1).

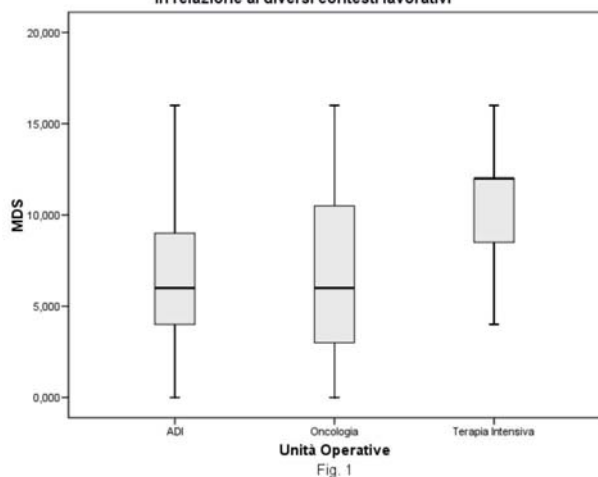
Colonna1	Moral Distress Score	Colonna2	Colonna3	Colonna4	Colonna5
Situazioni (item)	media	dev.std.	1°quartile	mediana	3°quartile
1. Aderire alle richieste di cura dei familiari anche se non sono d' accordo, solo perché la direzione dell'ospedale teme un'azione legale.	5.41	4.22	2	6	9
2. Aderire alle richieste dei familiari nel continuare le cure anche se non è nell'interesse del paziente.	6.41	4.04	4	6	9
3 Eseguiare in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari.	7.94	4.48	4	8	12
4. Collaborare con il medico durante un esame o un trattamento senza consenso del paziente .	3.83	3.69	0	3	6
5. Iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale, quando penso siano solo un prolungamento della morte.	8.24	4.95	4	8	12
6. Ignorare consapevolmente situazioni in cui si sospetta che i caregivers abusino dei pazienti.	3.02	4.32	0	1	4
7. Evitare di prendere provvedimenti quando so che un collega infermiere ha fatto un errore terapeutico.	3.07	3.79	0	2	4
8. Autorizzare gli studenti a compiere procedure dolorose sui azienti solo per incrementare la loro abilità.	2.8	4.22	0	0	4
9. Assistere i medici che effettuano procedure su un paziente, anche dopo l'insuccesso della rianimazione cardiopolmonare.	3.37	4.47	0	1	6
10 Eseguiare un ordine medico che richiede esami e trattamenti non necessari su malati terminali.	7.08	4.62	4	6	9
11. Lavorare con un carico di lavoro che considero "pericoloso" per l' assistenza .	9.68	5.3	6	9	16
12. Osservare senza intervenire quando il personale sanitario non rispetta la privacy del paziente.	5.08	4.41	1	4	8
13. Seguire l'ordine medico di non dire la verità al paziente quando quest'ultimo chiede di saperla.	4.9	4.4	1	4	8
14. Assistere un medico che a tuo parere è incompetente nel fornire le cure.	8.44	4.82	4.5	8.5	12
15. Preparare un anziano con grave demenza, per un intervento di gastrostomia.	3.18	4.28	0	1.5	5.5
16. Dimettere un paziente, quando avrebbe ancora necessità di assistenza.	4.26	4.92	0	3	7.5
17 Discriminare(trattare diversamente) i pazienti sulla base del loro grado culturale e/o dell' estrazione sociale	3.55	4.69	0	1.5	6
18 Seguire la richiesta della famiglia di non discutere della morte con un paziente in fase terminale ,che invece ne vuole parlare.	4.85	4.86	0	4	8
19. Somministrare farmaci che non alleviano la sofferenza del paziente, perché il medico ha timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente.	8.9	5.19	4.5	9	12
20. Aumentare la dose di morfina per via endovenosa ad un paziente inconsciente anche se si pensa che accelererà la morte .	4.05	4.54	0	3	6
21Rispondere alla richiesta del paziente con una prognosi infausta che chiede di essere aiutato a morire	4.69	5.08	0	3.5	8
22 Seguire gli ordini circa i farmaci antidolorifici anche quando questi non controllano il dolore.	7.17	4.96	4	6	12
23. Lavorare con infermieri che non sono competenti come la cura del paziente richiede .	4.74	4.66	0	4	8
24. Lavorare con personale di supporto che non è competente come richiesto dalla cura del paziente.	7.62	5.22	4	8	12
25. Chiedere alla famiglia del paziente circa la donazione di organi quando la morte del paziente è inevitabile.	2.45	4.19	0	0	4

-Tab 2 Analisi descrittiva dei valori di MDS

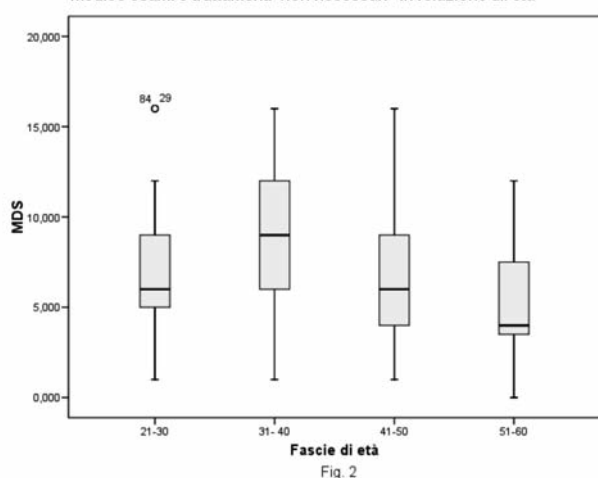
Aree di moral distress	Media	Dev.Std.	1° quartile	Mediana	3° quartile	p-value
Organizzazione	5.9174	2.78482	4	5.4286	7.4286	
Potere decisionale del medico	6.2679	2.88854	4.15	6.1	7.75	<0,001
Responsabilità	3.6961	2.84665	1.75	3.25	4.75	

Tab 3 Aree di moral distress

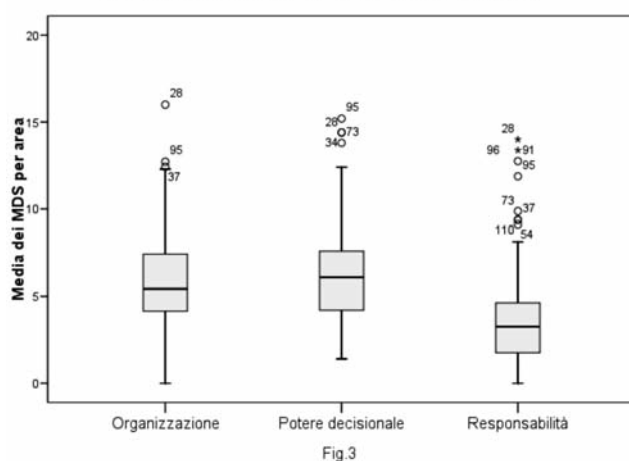
Distribuzioni del MDS evocati dalla situazione "Iniziare o continuare trattamenti di sostegno vitale, quando penso siano solo un prolungamento della morte" in relazione ai diversi contesti lavorativi



Distribuzioni dei MDS evocati dalla situazione "Eseguire in base a un ordine medico esami e trattamenti non necessari" in relazione all'età



Distribuzione delle medie dei MDS delle aree analizzate



MDS e aggregati per area

Rispetto alle tre aree individuate per aggregazione di item del questionario di Corley (organizzazione, potere decisionale del medico, responsabilità individuale), vengono riportati i risultati analiticamente in tabella 3 e graficamente in figura 3.

Dai dati emerge come le aree che generano maggior moral distress sono quelle legate all'organizzazione e al potere decisionale medico. Gli aspetti inerenti all'area della responsabilità individuale dell'infermiere non risulta dai nostri dati fonte di particolare moral distress.

I risultati ottenuti appaiono in linea con quanto evidenziato in precedenti studi. Infatti, in accordo con gli studi di Corley, et al (2001), (2005) ed Elpern, et al (2005) il livello del moral distress percepito dagli infermieri dei tre contesti operativi indagati, sembra essere di livello moderato.

DISCUSSIONE

Considerata la ormai cronica carenza di infermieri registrata nel nostro contesto sanitario, unita alla presenza di pazienti sempre più complessi, non sorprende che lavorare con un carico di lavoro considerato pericoloso sia la situazione fonte di maggior moral di stress. Anche in precedenti studi (Corley, et. al 2001, Rice, et al. 2008), questa situazione era una delle più alte e frequenti cause di moral di stress. Si ritiene quindi che il moral distress in questo caso sia legato al timore degli infermieri di compiere errori che possono danneggiare il paziente, oppure non offrire una assistenza adeguata alle sue necessità. Sono inoltre gli infermieri con minore esperienza professionale e che operano in area critica ad avvertire più questo disagio, ciò si può spiegare con la paura di non riuscire a dominare prontamente le situazioni di emergenza data la poca esperienza.

Anche per la seconda fonte di maggior moral distress "Somministrare farmaci che non allevino la sofferenza del paziente, perché il medico ha il timore che una dose maggiore di antidolorifico aggravi la situazione del paziente" sono gli infermieri con minore esperienza ad avvertirne i livelli massimi, mentre gli infermieri con anzianità di servizio tra i 5-10 anni ne avvertono molto meno. Anche negli studi statunitensi analizzati, questa è una situazione tra le più frequenti cause di moral distress (Elpern et. al. 2005, Rice et al. 2008).

Nella terza situazione la percezione è diffusa in modo omogeneo e non emergono relazioni statisticamente significative con le unità operative di appartenenza, né con le altre variabili demografiche e professionali. Anche nei precedenti studi di Corley, et. al. (2001) e Elpern et al. (2005), nella stessa situazione si riscontravano livelli alti di moral distress.

Della quarta situazione non stupisce che ad esserne maggiormente colpiti siano gli infermieri di area critica -che presentano quasi il doppio della difficoltà dei colleghi delle altre unità operative indagate- in quanto le caratteristiche cliniche dei pazienti afferenti a questa area, pongono spesso gli operatori sanitari di fronte a questa situazione che con altre parole potremmo definire "accanimento terapeutico". Anche questo dato conferma studi precedenti (Corley, et. al. 2001, Elpern, et al. 2005, Rice, et al. 2008,). (Fig. 1)

La quinta situazione mette in evidenza una significativa relazione tra il moral distress provato e l'età; è infatti l'età compresa tra 41-50 quella che avverte maggiormente questo disagio, mentre i più giovani e i più vecchi lo avvertono meno. (Fig. 2) La spiegazione potrebbe essere individuata ricorrendo al concetto di esperienza: i più giovani data la insufficiente esperienza sono portati a non avere dubbi sulla adeguatezza delle prescrizioni mediche, mentre i più anziani non avverterebbero questo problema, perché provengono da una cultura che non li ha abituati a mettere in discussione le scelte operate dal medico.

Nello studio di Corley, et al. (2001), Elpern, et al. (2005), Rice, et al. (2008), nella stessa situazione venivano riportati gradi di moral distress tra i più elevati.

Dall'analisi dei dati raggruppati nelle aree organizzativa, responsabilità individuale e potere decisionale medico, si evince che il peso maggiore nel provocare il moral distress proviene dalle aree organizzativa e potere decisionale medico. (Fig. 3, Tabella 3)

Infatti delle cinque situazioni che sono fonte di maggior distress una "Lavorare con un carico di lavoro che considero pericoloso per l'assistenza" è ascrivibile all'area -"organizzativa" mentre le altre quattro sono riconducibili all'area definita "potere decisionale medico, e nessuna è compresa nell'area definita di "responsabilità individuale". Questo suggerisce che sono l'organizzazione e le competenze e i rapporti di potere con il medico, le fonti di maggiore moral distress: in altre parole si può affermare che l'organizzazione e i suoi valori da un lato e la mancanza di coinvolgimento nelle scelte fatte dal medico dall'altro, mettono l'infermiere nella condizione di aderire a valori che non gli sono propri, ad essere un semplice esecutore di decisioni altrui e ciò crea la sofferenza morale. Questo in accordo con alcuni studiosi che hanno definito l'atteggiamento dell'infermiere come "preso fra",

descrivendo la sua posizione, situata tra paziente e medico con obblighi nei confronti di entrambi. (Hamric, et al. 2006 Lutzen, et. al. 2003). Gli infermieri possono sentirsi costretti da questi obblighi e sviluppare tensione e moral distress. Diversa potrebbe essere la situazione in cui ci fosse una presa in carico del paziente da parte di tutta l'equipe medico-infermieristica e alla decisione il medico vi giungesse dopo aver condiviso con gli altri i problemi e dove il contributo portato dall'infermiere venisse preso in considerazione.

Questo, sembra essere confermato anche dalla mancanza di gradi elevati di moral distress nell'area della responsabilità individuale; ciò potrebbe far pensare che quando l'infermiere prende delle decisioni secondo "scienza e coscienza" va molto meno in crisi, di quando è costretto dalla organizzazione o da una decisione altrui. Questo dato emerge in parte anche dallo studio di Sundin-Huard e Fahy (1999) sulla correlazione tra moral distress, advocacy e burnout.

Tutto ciò sta ancora una volta a dimostrare che la discrepanza tra i valori personali e i valori perseguiti dalla organizzazione intesa nel suo insieme di risorse, procedure e gerarchie, può portare gli infermieri in conflitto tra quello che ritengono giusto fare e ciò che possono realmente fare. Aspirazioni varie come la carriera, ma anche la necessità di non sentirsi isolati ma facenti parte di un gruppo, pressioni e abitudini culturali possono portare gli infermieri a fare delle scelte che sembrano rispondere alle loro aspirazioni, ma che invece li portano a compiere azioni che umanamente non ritengono giuste, fornendo in tal modo le basi per il moral distress e il burnout. L'incoerenza che le persone a volte sono costrette a vivere tra le richieste dell'ambiente esterno e quelle proprie interne, può seriamente minacciare il modo in cui la persona vive l'intera vita lavorativa, anche se non è ancora del tutto chiaro se giochino di più fattori esterni o quelli interni come le aspettative personali o il proprio modo di essere.

Questa ricerca non ha studiato le possibili relazioni tra il moral distress e il contesto organizzativo, ma altri studi (Elpern et al. 2005) hanno messo in evidenza come alcuni ambienti possano creare maggiormente moral distress di altri. Questi ambienti definiti "non etici" si caratterizzano per un clima organizzativo dove sono presenti conflitti, competizione e scarsa comunicazione tra i professionisti. Anche le pressioni esterne alla unità operativa come i limiti imposti dal contenimento dei costi possono incidere sul "livello etico" obbligando ad esempio l'equipe sanitaria ad anticipare la dimissione, quando la persona avrebbe ancora bisogno del ricovero. Altri studi hanno rilevato che il moral distress può indurre le persone a lasciare il lavoro chiedendo lo spostamento ad altro servizio fino a giungere al licenziamento (Elpern, et. al. 2005).

CONCLUSIONI

Per concludere si può affermare senza dubbio che il moral distress è espressione di attenzione sensibile, disponibilità cognitiva ed emotiva, preoccupazione per le persone che ricorrono alle cure sanitarie, in altre parole è un coinvolgimento personale. In una certa misura auspicabile, a patto però che venga riconosciuto e gestito dall'infermiere e dall'organizzazione in modo adeguato, altrimenti rappresenta uno dei fattori chiamati in causa per il burnout. Studi statunitensi (Farrington, 1997) hanno rilevato che sono gli infermieri che dimostrano maggiore sensibilità e disponibilità a sviluppare nel corso degli anni l'esaurimento emotivo.

Il coinvolgimento emotivo non è facile da sostenere e l'esito non è sempre una cura più "umana", perché il carico emotivo eccessivo rischia non solo di danneggiare il proprio equilibrio, ma anche di gestire in modo scorretto la relazione aumentando eccessivamente la distanza emotiva nel tentativo di proteggersi dall'ansia, rendendo così difficile la pratica della buona cura. Affinchè contribuisca a rendere possibile una buona pratica di cura, il coinvolgimento deve essere supportato da un'intensa attività riflessiva, possibilmente situata entro scambi relazionali con gli altri (infermieri e non) con cui esiste una relazione professionale significativa. Nella relazione infermiere - paziente si tende a vedere chi riceve le cure come il solo soggetto vulnerabile, in realtà anche chi ha cura è vulnerabile, poiché il coinvolgimento emotivo alla situazione dell'altro, espone anche chi cura a una situazione di analoga vulnerabilità.

Quali sono allora dei possibili percorsi perché ciò che è buona attitudine, una sensibilità etica, un potenziale positivo non si traduca in moral distress?

Innanzitutto è necessario imparare a gestire la propria vulnerabilità per non mettere a rischio la possibilità stessa della cura, facendo attenzione però a non incorrere nella situazione opposta di eccessiva distanza che impoverirebbe la relazione e dunque la possibilità di cura.

Per questo sia nei percorsi formativi che durante gli anni di attività lavorativa, dovrebbero essere organizzati laboratori di riflessività sulla vita emozionale in cui dare spazio alla rielaborazione delle emozioni connesse alla cura, ciò consentirebbe di raggiungere anche una competenza emotiva sia rispetto al paziente che rispetto a se stessi.

Rispetto a sé la competenza emotiva, consiste nel saper conoscere le proprie tensioni emotive per essere in grado di agirle nella relazione, rispetto al malato tale competenza consiste nel saper avvertire il suo vissuto e nel trovare la giusta tonalità emotiva per costruire una buona relazione. Una buona compe-

tenza emotiva è necessaria per far fronte alla sofferenza del malato, evitando sia di rifugiarsi in una asettica neutralità sia di farsi travolgere dalle emozioni dell'altro.

In secondo luogo occorre intervenire sulle organizzazioni sanitarie che sono governate da principi di efficienza e di produttività ma ancorate a vecchi schemi e valori, dove il benessere degli operatori è responsabilità degli stessi individui e della loro capacità di autoregolarsi. (Santinello et al. 2009)

Si può concludere osservando che il moral distress è una questione legata alle persone e della loro sensibilità, ma non solo.

Sempre più studi indicano come ci sono luoghi di lavoro "più etici" e altri "meno etici", e come sia importante guardare al contesto e al clima organizzativo per promuovere una buona cura nell'ottica del "curare "e del "prendersi cura".

BIBLIOGRAFIA

- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral Distress Of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Farrington, A. (1997). Strategies for reducing stress and burnout in nursing. *British Journal of Nursing*, 6, 44-50.
- Hamric, A. B. (2000). Moral Distress in Everyday Ethics. *Nursing Outlook*, 48(5), 199-201.
- Hamric, A. B., Davis, W. S., Childress, M. D. (2006) Moral distress in Health care professionals What is it and what can we do about it? *The Pharos* (4)16-23.
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. (2007). Nurse-physician on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs(NJ):Prentice-Hall.
- Kelly, B. (1998). Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1134-1145.

- Lutzen, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral Stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 313-322.
- Mortari, L., (2006) *La pratica dell' aver cura*. Milano:Mondatori.
- Rice, E. M., Rady, M. Y., Hamrick, A., Verheijde, J. L., Pendergast, D. K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16, 360-373.
- Santinello, M., Negrisolo A. (2009) *Quando ogni passione è spenta*. Milano Mc Graw-Hill
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 15, 304-321.
- Sundin-Huard, D., & Fahy, K. (1999). Moral Distress, advocacy and burnout: Theorising the relationship. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 8-13.

